Ueber Wanderniere

mit

besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 4. Mai 1894

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Albert Rammrath

aus Brilon (Westfalen).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Kriebitz, prakt. Arzt.
- Dr. med. Duvinage, prakt. Arzt.
- Dr. med. Sasse, prakt. Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535723_0211

Meiner lieben Mutter!

Das Thema „Wanderniere“ ist in den letzten Jahren häufiger Gegenstand einer lebhaften Besprechung in medicinisch-wissenschaftlichen Kreisen gewesen. Keineswegs nämlich stimmen die Ansichten der Autoren hinsichtlich der Pathologie und Therapie der Wanderniere überein, sondern gehen in vielen Punkten sehr wesentlich auseinander. Der Grund hierfür dürfte wohl darin zu finden sein, dass das klinische Bild der Wanderniere ein ausserordentlich wechselvolles ist. Es sind Fälle beschrieben worden, in welchen bei ausgesprochener Wanderniere so gut wie keine Beschwerden auftraten, während in wieder andern Fällen, bei nur geringer Dislocation die schmerzhaftesten und gefahrdrohendsten Erscheinungen sich einstellten. Was nun die hauptsächlichsten Symptome anbetrifft, welche hier in Betracht kommen, so treten vor Allem zwei Symptomencomplexe in den Vordergrund:

Hochgradigste Verdauungsstörungen in Verbindung mit habitueller Stuhlverstopfung, ferner neuralgische Erscheinungen, namentlich im Unterleibe, Rücken und den unteren Extremitäten. Diese fast in den meisten Fällen von Wanderniere scharf ausgesprochenen Symptome kann man sich grob mechanisch durch Druck auf die Lumbalnerven, Zerrung der zur Niere führenden Gefässe und Nerven, Zerrung am Bauchfell und Druck auf das Colon

ascendens oder eine andere Darmpartie entstanden denken. Doch aus diesen angeführten Erscheinungen allein die Diagnose „Wanderniere“ stellen zu wollen, dürfte zu gewagt erscheinen, da auch anderweitige pathologische Zustände (Ovarialtumoren, Retroflexio uteri, Coprostase, Aneurysma aortae abdominis) ähnliche Erscheinungen hervorrufen. Doch ist immer beim Vorhandensein der oben genannten Symptomencomplexe an Wanderniere zu denken und speciell darauf zu untersuchen. Um jeden Irrthum zu vermeiden (z. B. Verwechselung mit abgeschnürten Leberlappen) und die sichere Diagnose „Wanderniere“ stellen zu können, ist es nothwendig, die dislocirte Niere deutlich abzutasten und die Configuration genau zu bestimmen. Freilich wird dies in einer Anzahl von Fällen nicht gelingen (z. B. bei starken Bauchdecken), und kann es da leicht zu Irrthümern in der Diagnose kommen. In der Mehrzahl der Fälle wird es dagegen gelingen, durch die bimanuelle Untersuchung die Niere ihrer Form und Lage nach zu bestimmen. Ein höchst unzuverlässiges diagnostisches Hülfsmittel ist dagegen die Percussion, auf welche man früher viel Gewicht legte; Adolf Weil, Martin, Keppler und andere haben die Unzuverlässigkeit der Percussion bei der Untersuchung auf Wanderniere nachgewiesen.

Adolf Weil spricht sich hierüber (Archiv für Chirurgie Bd. 25) folgendermaassen aus:

Die Ursache der Unmöglichkeit, die normale Niere durch die Percussion abzugrenzen, ist darin gelegen, dass an denjenigen Stellen, an welchen die Niere liegt, wegen der enorm dicken Musculatur und der Fettkapsel der Nieren, die Differenz in der Dicke der schall-

dämpfenden Schicht eine viel zu geringe ist, um bei der tiefen Lage des lufthaltigen Organs, Colon, percutorische Unterschiede zur Wahrnehmung gelangen zu lassen.

Keppler hat sich in zwei von Martin operirten Fällen davon überzeugt, dass nach Exstirpation der beweglichen Niere die physiologische Dämpfung an dem normalen Sitze der Niere noch vorhanden war. Ebenso geht aus den von Martini operirten und von Lauenstein mitgetheilten Fällen hervor, dass kein Unterschied im Percussionsschall nach Exstirpation der einen Niere auf beiden Seiten eintritt und besonders die Nierendämpfung an dem normalen Sitz der Niere nicht fehlt. Die Fälle, bemerkt Keppler weiter, in welchen bei einseitiger Wanderniere heller Schall an der Stelle der physiologischen Nierendämpfung sich vorgefunden hat, könnten so erklärt werden, dass bei hochgradig abgemagerter, erschlaffter Musculatur einseitig mit starken Hammerschlägen percutirt worden ist, auf welche Weise man einen gedämpft-tympanitischen Schall erhält.

Grosse Meinungsverschiedenheit herrscht unter den Autoren auch hinsichtlich der Häufigkeit der Wanderniere.

Während die einen die Wanderniere als eine ziemlich häufige Erscheinung hinstellen, behaupten die andern, dass sie nur verhältnissmässig selten zu finden sei. Von besonderem Interesse dürfte der Meinungsaustausch zwischen einzelnen Vertretern der verschiedenen Ansichten in der medicinischen Gesellschaft in Berlin im März 1890 sein. Als Vertreter der einen Ansicht, nämlich des häufigen Vorkommens, sind da Ewald, Landau und Litten genannt.

Nach den Angaben von Ewald sollen in der Poliklinik des Augusta-Hospitals von den dortigen Assistenten nicht weniger als 100 Fälle von Wanderniere innerhalb eines Jahres constatirt sein. Litten beziffert die Häufigkeit seiner Fälle bei Frauen auf 75 %.

Auch Lindner bestätigt vor Allem die grosse Häufigkeit der Wanderniere und hebt ganz besonders hervor, dass dieselbe auch nicht so selten bei Männern gefunden würde. Bekanntlich ist das weibliche Geschlecht weit häufiger von diesem Uebel heimgesucht als das männliche, was bei der Besprechung der ätiologischen Momente der Wanderniere noch näher erörtert werden wird. Auf die Worte von Ewald erwiderte P. Guttmann als Vertreter der andern Ansicht, dass er sich über die Angaben von Ewald hinsichtlich der Häufigkeit der Wanderniere gewundert habe; bei 8000 von ihm selbst geleiteten Sectionen sei Wanderniere keineswegs häufig gefunden worden, auch stimmten seine Erfahrungen und Angaben überein mit denjenigen des pathologischen Instituts der Charité. Es sei in der Monographie von Landau angegeben, dass in der Charité sehr selten Wanderniere gefunden worden sei.

Prof. Senator stimmt Dr. P. Guttmann bei und sagt, dass nach seinen Erfahrungen und Untersuchungen die Wanderniere nicht so häufig vorkomme, als dies von Ewald behauptet werde, er habe sich längere Zeit speciell mit diesem Gegenstande beschäftigt und unter 700 Frauen, welche er besonders daraufhin untersucht habe, kaum 1 % mit Wanderniere gefunden.

Litten antwortet auf die Worte Guttmann's, dass man früher weniger auf diesen Gegenstand geachtet als

jetzt und bei den Sectionen die Sachlage häufig übersehen habe. In den 70er Jahren sei in einer Berliner Dissertation von Pieper 0,1 % angegeben, auch im Wiener path. Institut fand Rollet unter 5500 Sectionen nur 22 Mal diese Affection, was einem Procentsatz von 0,4 entsprechen würde. Dagegen könne er anführen, dass nach einer Dissertation von Fischer-Benzon vor 4 Jahren im path. Institut in Kiel in einem Jahre 17, im andern 22 % der Sectionen Wanderniere resp. bewegliche Niere gewesen seien.

Mag nun der Procentsatz, wie er von Ewald, Litten etc. aufgestellt worden ist, zu hochgegriffen sein, mag in dem einen oder anderen Falle auch eine Verwechselung, z. B. mit Schnürlappen der Leber etc. stattgefunden haben, wie dies P. Guttmann für wahrscheinlich hält, da er bei der Autopsie häufig Fälle gesehen haben will, welche man intra vitam für bewegliche Niere gehalten hatte, in Wirklichkeit aber nichts anderes, als ein abgeschnürter, ziemlich leicht beweglicher Leberlappen war, so geht doch aus verschiedenen neueren Statistiken hervor, dass die Affection keineswegs eine so ganz seltene ist, zumal beim weiblichen Geschlecht.

In einer statistischen Uebersicht von C. Schütze (Berliner klinische Wochenschrift 1888, S. 85) waren von 474 vorliegenden Fällen 405 Weiber und 69 Männer. Selbst das Kindesalter ist nach seinen Angaben nicht vollkommen frei; es sind 8 Fälle bei Kindern unter 10 Jahren bekannt, darunter 1 Fall sogar bei ½jährigem Kinde, woraus man schliessen kann, dass der krankhafte Zustand auch angeboren vorkommt. Was die betroffene Seite anbelangt, so ist die rechte

die am häufigsten befallene. Auf 65 Fälle, bei denen die Erkrankung rechtsseitig war, kamen 18 mit linksseitiger und 14 mit beiderseitiger Dislocation. Die hauptsächlichste Ursache des Vorwiegens der rechten Niere sieht Schütze in der schlaffen anatomischen Fixirung derselben. Unter den ursächlichen Momenten des Leidens spielen hauptsächlich bei Frauen die Einwirkung der Genitalien (Menstruation, Geburten, Aborte) eine Hauptrolle, ebenso Uterinleiden, unter 80 Frauen etwa 34mal; nicht selten sind Trauma Ursache, circa 19mal.

Als Beispiel für letztgenannte Ursache diene ein von Martin operirter Fall (Klinische Chirurgie, Band 23), in welchem bei einer 30 Jahre alten Gutswirthschafterin nach einem Fall auf das Gesäss sofort heftige Schmerzen im Rücken auftraten und nach längerer vergeblicher Behandlung sich noch steigerten. Patientin wurde dann selbst darauf aufmerksam, dass sich ein beweglicher Körper rechts neben dem Nabel unter den Bauchdecken befinde, den sie mitunter deutlich abtasten und greifen konnte, auch hat Patientin häufig das Gefühl der Pulsation in der Tiefe des Leibes verspürt. Gleichzeitig bestand seit jenem Fall auf das Gesäss hartnäckige Stuhlverstopfung und heftig ziehende Schmerzen im Rücken, die sich nach dem Hinterkopf und den Beinen hin fortpflanzten, sodass Patientin völlig arbeitsunfähig war. Die objective Untersuchung ergab denn auch eine rechts neben der Linea alba unterhalb des Nabels liegende, glattwandige, bei der Berührung schmerzhafte Geschwulst, welche genau die Grösse und Form der Niere zeigte. Ein zweiter, von W. Hager

beschriebener Fall (Berliner klinische Wochenschrift 1889, 26), welcher ein 22jähriges Kinderfräulein betrifft, die im Finstern über einen grossen Hund gefallen war, zeigt ebenfalls deutlich, wie direct im Anschluss an das Trauma die bei Wanderniere meistens vorhandenen Symptome sich einstellten und wo nach einiger Zeit durch die objective Untersuchung Wanderniere festgestellt wurde.

Lindner hebt in einem Bericht über Wanderniere bei Frauen die Kleidung derselben als ein sehr wesentliches ätiologisches Moment hervor. Die grosse Unsitte des Schnürens bei Frauen führe nicht selten Erkrankungen und Dislocationen verschiedener Unterleibsorgane, so namentlich der Leber und Niere herbei.

Als weitere Ursache für Wanderniere führen Israel und Landau Druckerniedrigung im Abdomen an. Sie wollen Fälle beobachtet haben, in denen nach Exstirpation von soliden Nierentumoren ein Herabsinken der vorher nicht mobilen Niere der andern Seite eingetreten war, sodass die Patienten, als sie sich nach einigen Monaten vorstellten, exquisite Wanderniere besassen.

Nachdem ich nun in Kürze die hauptsächlichsten Punkte in Betreff der Symptomatologie und Aetiologie der Wanderniere glaube angeführt zu haben, gehe ich nunmehr über zur Besprechung der Behandlung derselben und zwar vornehmlich der operativen. Wenn, wie bereits hervorgehoben, hinsichtlich der Pathologie Meinungsverschiedenheiten unter den Autoren bestehen, so ist dies noch weit mehr der Fall betreffs der Therapie.

Die Art der Behandlung der Wanderniere kann

eine doppelte sein, entweder eine unblutige, palliative, hier kommt die Binden- und Pelottenbehandlung in Betracht, oder eine blutige, operative, bei welcher die Exstirpation und Fixation in Frage kommt.

Die ursprüngliche Behandlung der Wanderniere, also zu einer Zeit, wo man sich an einen operativen Eingriff noch nicht heranwagte, war die mittels Gürteln und Pelotten. Man hatte Apparate der verschiedensten Art construirt, die dazu dienen sollten, die dislocirte Niere, falls die Reposition möglich, an ihrem natürlichen, sonst an dem von ihr eingenommenen Platze fixirt zu halten, um so die Beschwerden der Patienten nach Möglichkeit zu mindern.

Einige Autoren behaupten sogar, guten und dauernden Erfolg bei der Binden- und Pelottenbehandlung erzielt zu haben; so sind von Martini im allgemeinen Krankenhause und in seiner Privatpraxis zu Hamburg, wie Dr. Lauenstein mittheilt (Berliner klinische Wochenschrift 1879, 23), verschiedene Patienten dauernd von ihrem Leiden befreit.

Ein besonderer Vertheidiger der palliativen Behandlung ist Landau, der, wie noch einige andere, jeden operativen Eingriff bei Wanderniere verwirft.

Ewald machte in der medicinischen Gesellschaft in Berlin (19. März 1890) darauf aufmerksam, dass es bei der Bandagenbehandlung darauf ankomme, die ganzen Eingeweide von unten nach oben zu heben und so die Beweglichkeit der Niere zu beschränken, nicht aber dürfe der von der Pelotte ausgeübte Druck von der Oberfläche der Bauchwand senkrecht in die Tiefe, etwa auf das herabgesunkene Organ, wirken. Derselbe Autor

beschreibt dann eine Construction eines von ihm angewandten Gürtels. Ein jedesmal nach der betreffenden Person angefertigtes blechernes Schild wird so ausgepolstert, dass die Polsterung, von unten nach oben an Stärke abnehmend, schräg in die Höhe steigt. Diese Pelotte wird dann durch geeignete Leib- und Schenkelbinden so befestigt, dass sie schräg von unten nach innen und oben drückt.

Ein anderer, von A. Köhler in der Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins vorgeführter Apparat besteht aus einem Beckenring mit verticalem, die Hohlpelotte in einem Kugelgelenk tragenden Stahlstab.

Keine besonderen Freunde der Bandagenbehandlung sind Keppler, Lindner, Hager und andere. Letzterer sagt, dass zwar die meisten Autoren für die gewöhnlichen Fälle von Wanderniere, also solchen, bei denen die charakteristischen Erscheinungen nicht so sehr in den Vordergrund treten, die Bandagenbehandlung empfehlen, er habe keine bedeutenden Erfolge mit dieser Art der Behandlung erzielt; von 22 Fällen, in welchen er sie angewandt habe, seien nur 3 geheilt. In diesen 3 Fällen habe es sich um starken Hängebauch gehandelt und das Tragen einer Leibbinde guten Erfolg gehabt; in allen übrigen Fällen wurden die Binden nach kurzer Zeit als unnütz und lästig von den Patienten verworfen.

Keppler, dem in der Martin'schen Klinik eine Reihe von Fällen als Beobachtungsmaterial zur Verfügung stand, verspricht sich ebenfalls nicht viel von einer palliativen Behandlung, sondern sieht die einzig mögliche, vollkommene Heilung von Wanderniere in der Exstirpation

des dislocirten Organs. Als Belag hierfür giebt er die von Martin unter seiner Assistenz zuerst ausgeführten beiden Operationen an. (Archiv für klinische Chirurgie, Band 23.)

Ich werde im Folgenden die Ausführung der Operation etwas näher schildern und kurz den Heilungsverlauf in beiden Fällen anknüpfen. Nach reiflicher Ueberlegung, wie man der beweglichen Niere am besten beikommen könnte, wählte man die Laparotomie, zumal man sich von der günstigen Prognose dieser unter strengster Antisepsis ausgeführten Operation bei Ovariotomien hinreichend überzeugt hatte.

Es wurde, wie Keppler berichtet, in dem einen Falle, eine 49 Jahre alte Frau betreffend, ein 10 cm langer Schnitt in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse ausgeführt und die Niere, welche sich in einer Bauchfelltasche, an der durch die äussere Untersuchung festgesetzten Stelle, eingebettet vorfand, aus der Bauchwunde herausgezogen. Nachdem man sich überzeugt hatte, dass die linke Niere an ihrem normalen Platze lag, wurde die Bauchfelltasche über dem convexen Rande eingeschnitten und das untere Ende der Niere zunächst freigelegt, dieses mit einer Muzeu'schen Zange gefasst und festgehalten. Von dort aus wird der ganze Bauchfellüberzug gleichmässig auf beiden Seiten über die Niere bis zum Hilus zurückpräparirt, daselbst der Stiel in eine Massenligatur gefasst, sodann in der Mitte durchstochen und nochmals nach beiden Seiten hin unterbunden. Nachdem der Stiel zwischen Hilus und Knoten durchschnitten, ist auf die sich noch etwa einstellende Blutung zu achten und sofort zu stillen. Im vorliegenden Falle

erfolgte aus den Stielgefässen keine Spur von Blutung, dagegen mussten zwei kleine, ziemlich stark blutende Gefässe des Bauchfells durch die Naht geschlossen werden. Nachdem nun die Wundhöhle mit 2% Carbollösung ordentlich ausgespült und mit carbolisirten Schwämmen ausgetrocknet war, wurde zunächst der Einschnitt in der Bauchfelltasche, sodann die Wunde in der Bauchwand unter Zurücklassung eines grossen Schwammes durch Nähte geschlossen; letzterer wurde erst aus der Bauchhöhle entfernt, bevor die beiden letzten Fäden geknüpft wurden. Die Blutung stand vollkommen und es wurde nun ein Lister'scher Verband angelegt.

Was nun den Heilungsverlauf in dem vorerwähnten Falle anbelangt, so traten bedenkliche Schwankungen in Temperatur und Puls nicht auf. Die Hauptbeschwerden, worüber die Patientin auch nach der Operation zu klagen hatte, bildeten hartnäckige Stuhlverstopfung und ab und zu Schmerzen im Abdomen, wogegen Ol. Ricini, Eingiessungen, sowie Morphium in Anwendung kamen. Im weiteren Verlauf trat ein unliebsamer Blasenkatarrh auf, welcher den Heilungsvorgang sehr störte. Der Verband wurde im Ganzen 7 Mal gewechselt; beim ersten Oeffnen zeigte sich an den Wundrändern wenig Eiter, später granulirte die Wunde gut. Die Schmerzen schwanden allmählich, der Stuhlgang wurde regelmässig. Am 27. Mai, also 2 Monate nach der Operation, konnte Patientin als geheilt entlassen werden. Sie stellte sich später noch häufiger in der Martin'schen Klinik vor, wo man sich von dem vollkommenen Wohlbefinden der Patientin überzeugte. Sie hatte über keinerlei Beschwerden mehr zu klagen und war wieder arbeitsfähig.

Wir haben also hier einen Fall vor uns, wo eine 49 Jahre alte, in Folge von Wanderniere sehr heruntergekommene Frau durch die Exstirpation der betreffenden Niere von ihrem Leiden vollständig befreit und wieder arbeitsfähig geworden ist.

Ein zweiter, von Martin operirter und von Keppler uns mitgetheilter Fall, eine 30jährige Person betreffend, beweist ebenfalls, dass die durch die Wanderniere herbeigeführten Störungen durch die Operation vollkommen beseitigt werden und dass die Nephrectomie, mittels Laparotomie ausgeführt, keine besonderen Gefahren mit sich bringt. Gleichzeitig dienen die beiden angeführten Fälle als Belag für die von Simon aufgestellte Behauptung, dass der Ausfall der Function einer Niere bei normaler Beschaffenheit der anderen für den Organismus nicht gefährlich sei.

Hinsichtlich der Wahl des Hautschnittes, als vorbereitender Act zur Nephrectomie, stimmt die Ansicht Lindner's mit der Keppler's überein, welcher ebenfalls die Laparotomie vorschlägt.

Ausser der Laparotomie als vorbereitender Act zur Nephrectomie, kommt noch der Lumbalschnitt in Betracht, welcher zuerst von Simon angegeben und von Hahn geübt wurde. Stabsarzt Berg, welcher sich durch das Vorkommen mehrerer Fälle von Wanderniere in der Klinik des Geh. Raths v. Bardeleben veranlasst sah, genauer mit diesem Gegenstande sich zu beschäftigen und Versuche in der Schnittführung nach der Angabe von Simon an der Leiche anzustellen, fand bei dieser Gelegenheit, dass es sehr vortheilhaft sei, wenn man den Patienten bei der Operation auf die kranke Seite lagere. Von

Simon war die Bauchlage empfohlen, die meisten Operateure lagerten die Kranken auf die gesunde Seite, also die kranke nach oben. Zwischen beiden letztgenannten Lagerungen die Mitte haltend, ist die von Bruns angegebene.

Bei der von Berg vorgeschlagenen Seitenlage wird Patient so auf den Rand des Operationstisches gelegt, dass bei leicht gebeugter Wirbelsäule die Schultern und Hüften durch Kissen etwas hochgelagert werden und zwar die ersteren etwas mehr als die letzteren, während die nach unten gerichtete Lendengegend den Tischrand soweit seitwärts überragt, dass das Operationsfeld frei wird. Der Operateur sitzt vor dem etwas erhöhten Tische.

Geh. Rath v. Bergmann spricht sich (Centralblatt für Chirurgie 1881) hinsichtlich der Schnittführung dahin aus, dass der Lumbalschnitt der Laparotomie bei Nierenexstirpation vorzuziehen sei. Von 37 mittels Laparotomie Operirten gingen nämlich 24, also 64,8% zu Grunde, während bei 11 mittels Lumbalschnitt Operirten nur 5, also 45,4% starben und zwar waren von 24 Todesfällen nach Laparotomie 5 auf Peritonitis zurückzuführen, eine Todesursache, welche beim Lumbalschnitt wegfällt.

Dieselbe Bedeutung, welche der Lumbalschnitt bei der Exstirpation der Niere hat, hat derselbe auch für die Fixation, welche eine andere operative Behandlungsweise der beweglichen Niere darstellt und auch besondere Freunde und Vertreter sich erworben hat.

Hahn war der erste, der die Fixation der beweglichen Niere lehrte und ausführte; seitdem haben dann viele andere diese Art der Operation versucht und einige

dieselbe für gut befunden, andere dagegen weniger günstige Resultate damit erzielt; zu den letzteren gehört auch Prof. Riedel in Jena. Derselbe sagt (Berliner klinische Wochenschrift, 11. Juli 1892): So lange ich das Princip verfolgte, die Niere einfach in der Lendengegend festzulegen, bin ich zu keinen befriedigenden Resultaten gelangt. Dort war nicht Platz genug für die Niere, ihr unteres Ende wandte sich nach vorn, lag auf der Innenfläche des hinteren oberen Beckenrandes, sodass man den unteren Pol der Niere von vorn fühlen konnte, sie wurde durch Rockbänder etc. belästigt und war dauernd Ursache von Beschwerden. Dies veranlasste mich, die Niere an normaler Stelle zu fixiren.

Nach der Ansicht von Riedel ist es nothwendig, um alle Beschwerden einer Wanderniere zu beseitigen, dieselbe an normaler Stelle, besonders am Zwerchfell zu fixiren, sodass sie, wie im physiologischen Zustande den Bewegungen desselben folgen kann, was vielleicht auf die Function der Niere von Einfluss ist.

Riedel schlägt nun folgenden Gang der Operation vor: Mittels des gewöhnlichen, schräg von der Mitte der XII. Rippe zum Beckenrande geführten Schnittes legt man den lateralen Rand des Quadratus lumborum frei, ohne diesen Muskel zu verletzen. Darauf wird erst die Fett-, dann die fibröse Kapsel in der ganzen Ausdehnung der hinteren Nierenfläche gespalten und abgelöst, sodass die Niere hinten vollkommen frei liegt. Nun wird sie so weit in die Höhe hinter das Zwerchfell geschoben, dass nur ihre untere Hälfte herausschaut. Dann wird der medicale Theil der fibrösen Kapsel mit der Vorderfläche des Quadratus lumborum durch tiefe, den Muskel

perforirende Catgutnähte in Verbindung gebracht; auf der lateralen Seite werden die beweglichen Weichtheile (Peritoneum und subseröses Fett) möglichst tief eingestülpt und mit der Capsula fibrosa vernäht. Auf diese Weise ist nun die untere Hälfte der Niere in der Tiefe fixirt, während die obere noch lose dem Zwerchfell anliegt. Jetzt giesst er, um einen gewissen Reiz auszuüben, gewöhnlich eine Schüttelmixtur von Wismuth und Sublimatlösung in die Wunde und sucht dann einen frisch ausgekochten, breiten, aber nur aus wenigen Lagen bestehenden Streifen Jodoformgaze so zwischen Niere und Zwerchfell zu schieben, dass die ganze hintere Partie der subphrenisch gelagerten Niere mit Jodoformgaze bedeckt ist, was unter Benutzung von zwei gekrümmten Kornzangen, welche die Gaze entsprechend weit gespannt halten, ganz gut gelingt. Das untere Ende dieses Gazestreifens hängt unter der XII. Rippe heraus. Ein zweiter Gazetampon kommt nach unten in den Raum, wo die dislocirte Niere gelegen hat, ein dritter endlich auf die untere, der Vorderfläche des Quadratus lumborum zum grössten Theil aufliegende Partie der Niere. Die Enden der drei Tampons werden isolirt mit Seidenfäden versehen, letztere nach aussen geleitet und nun wird der Sacrolumbalis mit der Bauchmusculatur über den Tampons soweit zusammengenäht, dass nur noch kleine Reste der Tampons und die Seidenfäden aus dem Spalt herausschauen. Dann wird die Hautwunde ebenfalls austamponirt und ein Verband angelegt. Dieser erste Verband bleibt, wenn möglich volle vier Wochen ruhig liegen, zuweilen zwingt Durchtränkung des Verbandes mit blutigem Secrete früher zum Wechsel desselben; dann

werden nur die oberflächlichen Gazestreifen entfernt, die tiefen bleiben ruhig liegen. Nach vier Wochen werden die inzwischen verwachsenen Muskeln stumpf getrennt, und nun beginnt das Herauszerren der tiefliegenden Tampons, wozu gelegentlich Narkose nothwendig ist, nämlich dann, wenn sie von Granulationen vollständig durchwachsen und ohne Spur von Eiter sind. Man orientirt sich durch die einzelnen Seidenfäden, zieht zuerst den mittleren, dann den unteren und schliesslich den oberen Tampon fort. Letzterer macht die grösste Schwierigkeit, weil er hinter der letzten Rippe eingeklemmt ist. Eine tiefe, mit Granulationen ausgekleidete Höhle liegt jetzt vor uns, unter der letzten Rippe hindurch führt ein breiter Canal nach oben, der zunächst mit einem Drainrohre versehen sein muss. Dasselbe lässt sich gewöhnlich bald kürzen und nach einigen Wochen ganz entfernen. Die getrennte Musculatur pflegt sich bald wieder zusammenzulegen, sodass die Gefahr einer Hernienbildung sehr gering ist. Die Kranken bleiben in toto 10—12 Wochen im Bett, verlassen dasselbe mit elastischem Corsette versehen, um die Bildung eines Bruches, wenn möglich ganz sicher, zu vermeiden.

Riedel sagt dann weiter, dass er bis dahin 6mal in der eben geschilderten Weise operirt habe, einmal sogar bei doppelseitiger Wanderniere, und zwar jedesmal mit gutem Erfolg. Ein von ihm ausführlich mitgetheilter Fall, eine junge Dame betreffend, die nicht weniger als 3mal wegen ihrer rechtsseitigen Wanderniere operirt ist, demonstrirt, dass das von ihm eingeschlagene Verfahren empfehlenswerth ist; denn die

nach den beiden ersten Operationen immer wieder eingetretenen Dislocationen und Beschwerden wurden durch die dritte, in obiger Weise ausgeführte Operation vollkommen und dauernd beseitigt. Eine andere Technik der Fixation ist die von Hahn angegebene. Tillmanns hat dieselbe in 16 Fällen angewandt und Heilung erzielt. Er legte stets 2 Nähte durch die Substanz der Niere selbst, ohne danach schädliche Folgen zu sehen. Dieses Verfahren ist dann auch von anderen Autoren angewandt und vielfach modificirt worden.

Ein nicht nur in Bezug auf die Art der Operation, sondern auch noch in mancher anderen Beziehung interessanter und lehrreicher Fall ist im Januar dieses Jahres in der chirurgischen Abtheilung der Charité von Herrn Geheimrath v. Bardeleben operirt worden. Ich werde daher in Folgendem genauer über diesen Fall berichten.

Es handelt sich um eine 37 Jahre alte Klempnersfrau Sch., welche am 6. November 1893 in die Abtheilung für Infectionskrankheiten der Charité aufgenommen wurde.

Vater der Patientin starb an Lungenentzündung, Mutter lebt, leidet aber viel an Husten und Auswurf.

Patientin hat 6mal geboren, die letzte Entbindung war vor $2^1/_2$ Jahren, bis zu welchem Zeitpunkt Patientin stets gesund gewesen sein, von da an aber viel an Magenschmerzen leiden will. Dieselben sollen alle 4 Wochen sich bei ihr wiederholen und mit den Menses zusammenfallen. Gleichzeitig hat sie heftiges Erbrechen und muss stets zu Bett liegen. Die Anfälle dauern in der Regel 8 Tage. Seit 8 Monaten hat Patientin ihre

Menses nicht mehr, die Schmerzen sind seit dieser Zeit heftiger, sodass sie fast ständig das Bett hüten muss. Im letzten halben Jahre will Patientin sehr abgemagert sein und klagt über grosse Appetitlosigkeit. Von dem sie ausserhalb der Charité behandelnden Arzte sind häufiger Morphiuminjectionen gemacht worden. Letzten Sommer wurde Patientin 2mal, das erste Mal 14 Tage lang, das zweite Mal 4 Wochen lang auf der inneren Station behandelt. Die Diagnose lautete beide Mal Tabes dorsalis und Gastritis. Es wurden Magenausspülungen vorgenommen und Morphium gegeben.

Die Abmagerung der Patientin schritt von Tag zu Tag fort; Nahrungsaufnahme war gering. Es traten deutliche Zeichen einer Dilatatio ventriculi hervor; die Magengegend war aufgetrieben und die Form des Magens mitunter ziemlich deutlich durch die Bauchdecken hindurch abzutasten. Stuhlgang sowie Urinentleerung war stets sehr spärlich.

Anfangs Januar 1894 wurde in der Pylorusgegend eine auf Druck schmerzhafte, harte, höckerige Geschwulst gefühlt, welche leicht verschiebbar war und respiratorische Schwankungen mitmachte. 14 Tage lang wurde diese Geschwulst an derselben Stelle beobachtet. Zwischen der Leber und der Geschwulst war eine schmale Zone tympanitischen Schalles; auf der Geschwulst selbst kein Darmton. Patientin wünschte dringend die Operation. Aerztlicherseits wurde in Rücksicht auf die Magenerweiterung und die abnorme Abmagerung der Patientin die Diagnose auf Carcinoma pylori gestellt und dieselbe behufs Operation zur chirurgischen Abtheilung des Herrn Geheimrath v. Bardeleben verlegt.

Auch hier wurde die Geschwulst an derselben Stelle constatirt, leicht verschieblich, anscheinend mit dem Magen zusammenhängend, höckerig und von harter Consistenz. Die weitere Untersuchung ergab noch, dass Motilitätsstörungen sowohl der oberen, wie der unteren Extremitäten nicht vorhanden waren, obwohl eine gewisse motorische Schwäche nachzuweisen war. Haut- und Sehnenreflexe waren normal, Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden; Sensorium frei. Ab und zu traten Anfälle von Angstgefühl auf, welche wahrscheinlich als Folge der Morphiophagie zu bezeichnen sind.

Mit Rücksicht auf das Drängen der Patientin und den Umstand, dass man während einer 14tägigen Beobachtungszeit die Geschwulst an ein und derselben Stelle constatirt hatte, wurde am 17. Januar 1894 die Operation in Chloroformnarkose von Herrn Geheimrath v. Bardeleben vorgenommen.

Nach vorgenommener gründlicher Desinfection wird, dem unteren Leberrande entsprechend, rechts von der Mittellinie ein circa 10 cm langer Hautschnitt angelegt. Hierauf die darunterliegende Musculatur, sowie das Peritoneum vorsichtig durchtrennt. Es kommen alsdann der Leberrand, die stark gefüllte Gallenblase und die Gedärme zu Gesicht. Nachdem die letzteren bei Seite geschoben, gelangt man auf den betreffenden Tumor, welcher sich jedoch nicht, wie vermuthet, als ein Carcinoma pylori, sondern als die dislocirte rechte Niere präsentirte; dieselbe war auffallend klein, aber im Uebrigen gesund.

Es handelte sich nun darum, dieselbe an ihren normalen Platz zurückzubringen und daselbst zu fixiren.

Da letzteres jedoch von der bereits geschaffenen Bauchwunde aus nicht gut bewerkstelligt werden konnte, so wurde hinten, handbreit rechts von der Wirbelsäule noch ein senkrechter, 12 cm langer Schnitt, über der XII. Rippe beginnend, angelegt, welcher die Haut und die Musculatur vom lateralen Rande des M. quadratus lumborum bis auf das Peritoneum durchtrennte. Hierauf wurde die Niere von der vorderen Wunde aus mit dem Finger nach der hinteren Wand der Peritonealhöhle gedrängt und dort von der hinteren Wunde aus mittelst zwei durch den oberen Theil der Nierensubstanz und um die XII. Rippe gelegten Seidennähten an letzterer befestigt, sodass die Niere gleichsam an der XII. Rippe aufgehängt war. Es kam hierbei zu einer unliebsamen Blutung aus einer Art. intercostalis, deren Stillung einige Schwierigkeiten machte. Ausser dieser einen Fixirung an der Rippe wurde noch eine zweite mittelst Catgutnaht am M. quadratus lumborum vorgenommen, dies Mal aber die Naht nicht durch die Nierensubstanz selbst, sondern nur durch die Nierenkapsel gelegt. Nachdem man die Niere nun in der eben beschriebenen Weise fixirt, die Blutung vollkommen gestillt hatte, ging man dazu über, zunächst die Schnittöffnung im Peritoneum, sodann die der Bauchdecken durch die Naht zu schliessen. Auf die Wunde wurde jetzt Bismuth. subnitricum gebracht, um einer eventuellen schädlichen Wirkung des beim weiteren Verband in Anwendung kommenden Jodoforms vorzubeugen. Es folgte nun ein aseptischer Verband, bestehend aus Jodoformgaze, Mooskissen und Scultet'scher Binde.

Was nun den weiteren Verlauf und die weitere Behandlung dieses Krankheitsfalles anbelangt, so ist zunächst hervorzuheben, dass es zu keinen bedenklichen Schwankungen in Temperatur und Puls nach erfolgter Operation gekommen ist. Die Temperatur bewegte sich zwischen 36,3 und 37,6, während die Pulsfrequenz zwischen 66 und 108 schwankte.

Patientin klagte in den ersten Tagen nach der Operation hauptsächlich über Schmerzen und Druckempfindlichkeit des Abdomens, sowie über hartnäckige Stuhlverstopfung, der Leib war dabei aufgetrieben. Gegen die Schmerzen wurden häufiger Morphiumeinspritzungen von 0,01 g angewandt, gegen die hartnäckige Stuhlverstopfung wiederholt Eingiessungen in den Darm vorgenommen.

Am 6. Febr. wurde zum ersten Mal der Verband gewechselt, da die Patientin zu dieser Zeit wiederum über heftige Schmerzen im Abdomen klagte; beide Wunden waren per primam geheilt.

Am 12. Februar hatte Patientin abermals über heftige Schmerzen im ganzen Leibe, besonders jedoch in der Magengegend zu klagen, weshalb auch jetzt wieder der Verband gelöst wurde. Sie lag weinend und stöhnend im Bette und hatte Morgens häufiger gebrochen.

Diese plötzlichen und heftigen Störungen im Befinden der Patientin waren auf einen groben Diätfehler zurückzuführen, welchen sich dieselbe hatte zu Schulden kommen lassen und der nachträglich in Erfahrung gebracht wurde. Patientin hatte nämlich Tags zuvor eine Menge schwer verdaulicher Sachen zu sich genommen.

Trotz wiederholter Gaben von Morphium waren die Schmerzen nicht zum Weichen zu bringen und hielten noch mehrere Tage an.

Erst am 14. Februar fühlte Patientin sich wieder wohler, die Schmerzen und das Erbrechen hatten aufgehört und der Schlaf war ein guter. Von dieser Zeit an nahm der Kräftezustand und das Wohlbefinden der Patientin allmählich zu und die krankhaften Erscheinungen von Seiten der Wanderniere waren verschwunden.

Es liegt also hier ein Fall vor, in welchem die dislocirte Niere an ihrer normalen Stelle einmal durch Nähte, welche durch die Nierensubstanz und um die 12. Rippe geführt, sodann noch durch solche, welche durch die Nierenkapsel und den Musc. quadr. lumborum gelegt sind, fixirt ist. Diese Art der Fixation ist wohl deshalb besonders empfehlenswerth, weil dabei selten ein Recidiv eintreten dürfte; zudem ist, wie bereits früher erwähnt, das Durchlegen des Fadens durch die Nierensubstanz von keinen besonderen nachtheiligen Folgen für die Function der Niere begleitet.

Interessantes und Lehrreiches bietet unser Fall besonders hinsichtlich der aussergewöhnlichen Verlagerung der Niere. Während nämlich in der Mehrzahl der Fälle die bewegliche Niere, dem Gesetze der Schwere folgend, mehr oder weniger nach abwärts sinkt, also in den tieferen Partien des Bauches ihren Sitz nimmt, hat sich dieselbe in unserem Falle mehr nach oben und der Medianlinie zugewandt.

Schon Bartels und Litten haben auf ähnliche Fälle aufmerksam gemacht. Ersterer behauptet, dass manche

Fälle von Magenektasie auf einer Compression der Pars descendens duodeni durch die bewegliche Niere beruhen, letzterer nimmt an, dass der aufgetriebene Magen und ebenso zuweilen auch das Duodenum die Leber und mit dieser zugleich auch die rechte Niere nach oben drängen. Im vorliegenden Falle muss man wohl die häufigen Schwangerschaften als Ursache der Verlagerung ansehen, welche wiederum durch Compression des Pylorus zur Magenektasie führte. Der Symptomencomplex, höckerige Geschwulst in der Gegend des Pylorus, Magenerweiterung, allgemeine Abmagerung, war so charakteristisch, dass die Diagnose Carcinoma pylori wohl gerechtfertigt erscheint. Die höckerige Beschaffenheit wurde durch den Hilus renis sowie vorgelagerte leere Darmschlingen vorgetäuscht. Die Nierenpercussion giebt keine verwerthbaren Resultate. Der Fall ist daher ein treffender Beweis dafür, dass man bei Wanderniere bezüglich der Diagnose unter Umständen auf recht grosse Schwierigkeiten stossen kann.

Hinsichtlich der Ausführung der Operation war es in diesem Falle gleichgültig, ob es sich um Carcinoma pylori oder Wanderniere handelte, denn in beiden Fällen wäre ein Zugang zum Tumor von der Bauchseite her angezeigt. Der einfache Lumbalschnitt, wie er in den meisten Fällen von Wanderniere in Anwendung kommt und auch ausreicht, würde bei einer derartigen Verlagerung, wie im vorliegenden Falle, wohl kaum genügt haben, wenigstens wäre es recht schwierig gewesen, von dem Lumbalschnitt allein aus die Reposition vorzunehmen. Unser Fall also, in welchem der seitliche Bauchschnitt eigentlich zu ganz anderm Zwecke angelegt

war, lehrt uns, dass es in solchen und ähnlichen Verlagerungen sehr wünschenswerth ist und zur Erleichterung der Reposition wesentlich beiträgt, wenn man dem Lumbalschnitt noch einen Bauchschnitt hinzufügt.

Es sind nun in Kürze die verschiedenen Methoden der Behandlung bei Wanderniere angegeben und besprochen worden und auch an einzelnen Fällen die Erfolge derselben nachgewiesen. Wenn wir nun aus dem Gesagten einen Schluss ziehen sollen, welche Methode wohl die beste und allen andern vorzuziehen sei, so müssen wir gestehen, dass jede Art der Behandlung ihre Berechtigung hat, nur muss individualisirt werden und die Art der Behandlung dem einzelnen Falle angepasst sein. So wäre es z. B. nicht richtig, wenn man in einem Falle von Wanderniere, bei welchem nur über geringe Beschwerden geklagt wird, gleich zur Operation, die doch immer mit Gefahren verbunden ist, schreiten wollte. In solchem Falle wäre eben in erster Linie die Behandlung mittels Binden oder Pelotten am Platze.

Ebenso würde es ein Fehler sein, wenn man eine dislocirte gesunde Niere ohne besondere Gründe direct exstirpiren wollte. Denn einmal kann man nicht mit absoluter Gewissheit sagen, ob die zurückgelassene Niere vollkommen intact ist, sodann aber, ob dieselbe nach Exstirpation der andern nicht durch übermässige Arbeitsleistung Schaden nimmt, was von verschiedenen Autoren als ziemlich häufig hingestellt wird. So sagt Landau in seinem Buche bei der Besprechung der Nephrectomie wegen Wanderniere, dass Nierenerkrankungen besonders dann vorkommen, wenn nur eine Niere fungirt. Man wird also bei einer gesunden dislocirten Niere zunächst

immer an eine Fixation derselben und zwar, wenn möglich, an ihrem normalen Platze zu denken haben. Hierbei ist das Verfahren des Herrn G.-R. v. Bardeleben besonders empfehlenswerth, da es, wie bereits erwähnt, gute Aussichten auf Erfolg bietet.

Anders würde sich der operative Eingriff gestalten, wenn bei Dislocation gleichzeitige Erkrankung des Organs vorläge. Im letzten Falle würde natürlich die Nephrectomie in erster Linie in Frage kommen.

Sulzer, ein Schüler Courvoisier's spricht, sich in einer ausführlichen Arbeit über „Wanderniere und deren Behandlung" in Betreff letzterer folgendermaassen aus.

In jedem Falle, wo Wanderniere irgend welche deutlich hervortretenden Symptome macht, ist zuerst zu versuchen, ein Aufhören oder wenigstens eine Linderung der Beschwerden durch Bandagenbehandlung zu erreichen. Erst wenn mit dieser palliativen Behandlung nichts erreicht wird, ist ein operativer Eingriff, nämlich die Nephrorraphie, berechtigt und zwar von einem Lumbalschnitte aus.

Von der Nephrorraphie muss abgesehen werden, wenn Wanderniere mit den Organen der Bauchhöhle feste Verbindungen und Adhäsionen eingegangen, oder wenn sie der Sitz von Neubildungen, von Eiterungen etc. geworden ist.

Die Nephrectomie gesunder beweglicher Nieren ist nur in wenigen Fällen gestattet, wo wiederholte Annähung nichts nützte, oder wo, trotzdem dass durch Nephrorrhaphie Fixirung erzielt wurde, doch keine Besserung des schweren Krankheitsbildes eintrat, das mit Sicherheit auf die Wanderniere zurückgeführt werden

kann. Diese Ansicht von Sulzer wird sich in den Hauptpunkten mit der der meisten Autoren decken und daher auch anzurathen sein, in gegebenen Fällen danach zu handeln.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Ober-Medicinalrath Prof. Dr. v. Bardeleben sowie Herrn Stabsarzt Tillmann für die gütige Ueberlassung des Materials, für die Durchsicht und für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Bei Querlage mit vorzeitigem Blasensprung ist die sofortige Wendung auf den Fuss dem exspectativen Verfahren vorzuziehen.

II.

Die schädlichen Folgen des Alkoholmissbrauchs sind noch nicht tief genug in das Bewusstsein des Volkes eingedrungen.

III.

Bei der operativen Behandlung der Wanderniere ist der Lumbalschnitt der Laparotomie vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser vorstehender Arbeit, Albert Rammrath, katholischer Confession, Sohn des verstorbenen Königl. Gerichts-Kassen-Controleurs Franz Rammrath, wurde am 12. März 1860 zu Brilon (Westfalen) geboren. Besuchte die Elementarschule, sowie das Gymnasium seiner Vaterstadt und erhielt daselbst im Herbst 1883 das Zeugniss der Reife. Er bezog sodann die Universität Würzburg, wo er sich bei der juristischen Facultät inscribiren liess. In demselben Jahre 1883/84 genügte derselbe bei dem 9. Infanterie-Regiment „Wrede" zu Würzburg seiner Militärpflicht und wurde mit der Qualification zum Reserve-Officier entlassen. Im Herbst 1884 bezog er die Universität Berlin, wo er sich dem medicinischen Studium zuwandte und bis 1892 immatriculirt war. Am 6. April 1887 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 10. März 1891 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

v. Bardeleben, v. Bergmann, Burchardt, du Bois-Reymond, Gerhardt, Grunmach, Guttmann, Gusserow, Hartmann (†), v. Helmholtz, Hofmann, Leyden, L. Lewin, Liebreich, Nagel, Pinner, Rabl-Rückhard, Rubner, Schulze, Schweigger, Schweninger, Senator, Sonnenburg, R. Virchow, Waldeyer, Zülzer (†).

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.